



Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Förderung der Prävention vom 16.04.2013

10. Mai 2013

Allgemeine Bewertung:

Sofern nachfolgend keine abweichende Stellungnahme zu den geplanten Neuregelungen erfolgt, verweisen wir auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.05.2013.

Zu: Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 20 Absatz 5 SGB V: Primäre Prävention (neu)

Beabsichtigte Neuregelung:

„(5) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2013 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,01 Euro und ab dem Jahr 2014 einen Betrag in Höhe von 6 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2014 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20a sowie mindestens 1 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

Bewertung:

Die unternehmensbezogenen BKKn begrüßen die im Gesetzentwurf verankerten Bestrebungen, den Stellenwert der gesundheitlichen Prävention in Deutschland auszubauen und insbesondere die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, halten wir eine Erhöhung der für Prävention veranschlagten Mittel insgesamt für sinnvoll. Daher sollte klargestellt werden, dass es sich bei den Werten für die Ausgaben im Rahmen der §§20a und 20b um verbindliche Mindestwerte handelt. Damit wäre sichergestellt, dass bereits im Jahr 2014 die Hälfte der verausgabten Mittel in Settingansätze fließt.

Dies entspräche auch der inzwischen unbestrittenen Erkenntnis, dass sinnvolle Prävention vorrangig in den Lebenswelten stattfindet. Längerfristig wäre daher eine gesetzliche Priorisierung von lebensweltlich orientierten Präventionsmaßnahmen gegenüber der nach wie vor übergewichteten Individualförderung zu begrüßen. Geeignete Instrumente dafür wären z.B. entsprechende Anreize wie die finanzielle Förderung ausschließlich evaluierter Setting-Maßnahmen aus Mitteln des Gesundheitsfonds.



Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.

Zu: Artikel 1 und 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

- Nr. 4 § 20a Absatz 1 Satz 1 SGB V
- Nr. 11 § 132e Absatz 1 Satz 1 SGB V

(Beteiligung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten)

Geplante Neuregelung:

Durch die Ergänzung in § 132e wird klargestellt, „dass auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zur Versorgung mit Schutzimpfungen geeignete Ärzte im Sinne der Vorschrift sein können.“ Desweiteren wird auf die „spezifische Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte“ hingewiesen, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen sei.

Bewertung:

Aus Sicht unternehmensbezogener Betriebskrankenkassen ist die wichtige Funktion von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten nur unzureichend an den tatsächlichen Bedarf von Unternehmen und Beschäftigten angepasst worden. Um den gestiegenen Anforderungen der Praxis zu entsprechen, sollte rechtlich klargestellt werden, dass es Betriebsärztinnen und Betriebsärzten erlaubt ist, im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsmanagements über die Versorgung mit Schutzimpfungen hinaus weitergehende Leistungen zu erbringen, so z.B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, der Verordnung von Präventionsmaßnahmen, der Verordnung von Heilmitteln. Dabei haben die Betriebsärzte die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insb. das Verbot der Weitergabe von Daten an den Arbeitgeber, streng zu beachten.

Formulierungsvorschlag zu § 20a Absatz 1:

Nach Satz 1 wird eingefügt:

„Betriebsärzte mit entsprechender Fachqualifikation können in diesem Zusammenhang auch Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 25 im Betrieb durchführen.“



Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.

Zu: Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 20a Absatz 3 SGB V (neu): Gruppentarife

Beabsichtigte Neuregelung:

„(3) Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppentarife abschließen. Arbeitnehmer können einem Gruppentarif ihres Arbeitgebers und der Krankenkasse, bei der sie versichert sind, beitreten. Bestandteil der Verträge nach Satz 1 sind Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen sowie die Dauer des Tarifs. Weitere Bestandteile von Gruppentarifen können Vereinbarungen zur Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 und 2, koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Mindestbindungsfristen sein. Zur Koordination und Durchführung der Maßnahmen von Gruppentarifen können die Vertragspartner nach Satz 1 Verträge mit geeigneten Anbietern von Präventionsleistungen einschließlich der Betriebsärzte schließen. Die Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren gemeinsam die Tragung der Kosten. Die Aufwendungen für primärpräventive Leistungen eines Gruppentarifs, die über die Leistungen nach Absatz 1 und nach § 20d Absatz 1 und 2 hinausgehen, müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesem Gruppentarif auf Dauer finanziert werden. Die Einnahmen aus einem Gruppentarif können sich aus Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen. Die Einnahmen und Ausgaben im Rahmen von Gruppentarifen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.“

Bewertung:

Grundsätzlich begrüßen die unternehmensbezogenen BKKn die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung und in diesem Zusammenhang auch die Idee, vermehrt Anreize für Unternehmen und Krankenkassen zu schaffen, um Präventionsmaßnahmen im Betrieb zu fördern. Wir bezweifeln allerdings, dass die geplante Neuregelung geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen: Die Vorgabe, dass sich die Tarife aus zu belegenden Effizienzsteigerungen bzw. Einsparungen selbst tragen müssen sowie auch der gewählte Bezugsrahmen (Krankenkassenzugehörigkeit), begrenzen sowohl die Möglichkeiten der praktische Umsetzung als auch den Nutzen.

Um die avisierte Zielgruppe der Beschäftigten eines Unternehmens zu erreichen, haben sich aus unserer Sicht die bereits etablierten Bonus-Programme bewährt, so dass der bereits vorhandene § 65a Abs. 2 SGB V ‚Bonus für Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte‘ eher geeignet ist, die Intention des Gesetzgebers zu erfüllen, als die Konstruktion von „Gruppentarifen“.



Betriebskrankenkassen im Unternehmen e.V.

Zu: Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 20a Absatz 4 SGB V (neu): Koordinierungsstellen

Beabsichtigte Neuregelung:

„Die Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen mit diesen.“

Bewertung:

Statt der Schaffung zusätzlicher kostenintensiver Strukturen sollte diese Regelung durch ein Initiativrecht des Unternehmens auf Beratung und Unterstützung zur BGF durch eine Krankenkasse der Wahl ersetzt werden. Diese kann wiederum auf Wunsch des Unternehmens weitere Krankenkassen mit signifikantem Marktanteil in den Prozess einbinden.

Zu: Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 23 Absatz 2 Satz 1 SGB V:

Beabsichtigte Neuregelung:

Für Versicherte, die wegen besonderen beruflichen oder familiären Belastungen – laut Gesetzesbegründung z.B. Beschäftigte im Schichtdienst oder pflegende Angehörige – ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln zur medizinischen Vorsorge nicht in ihren regulären Tagesablauf integrieren und nicht regelmäßig in Anspruch nehmen können, wird die Möglichkeit geschaffen, unmittelbar ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch zu nehmen.

Bewertung:

Die Regelung lässt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V außer Acht und wird in der praktischen Umsetzung mangels objektivierbarer Beurteilungs- und Prüfmaßstäbe hinsichtlich „beruflicher oder familiärer Belastungen“ zu erheblichen Problemkonstellationen führen. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.